



# FORMULAR FÜR PATIENTENANMELDUNG

Bitte schicken Sie das Formular per Post oder faxen Sie es an **F +41 44 283 90 31**.

<b>KD DR. MED. CHRISTOPH KRONAUER</b> <b>DR. MED. FERNANDO SCHWARZ</b>	<b>LUNGENZENTRUM IM PARK</b> KAPPELISTRASSE 7 CH-8002 ZÜRICH T +41 44 283 90 30 F +41 44 283 90 31 IMPARK-LUNGENZENTRUM@HIRSLANDEN.CH
Die Praxis ist <b>rollstuhlgängig</b> und befindet sich vis-à-vis der Haltestelle Brunastrasse (Tram Nr.7).	

<b>ANMELDUNG AN</b>	<b>TERMIN</b>
<input type="checkbox"/> DR. CHRISTOPH KRONAUER	<input type="checkbox"/> BITTE ZUR UNTERSUCHUNG AUFBIETEN
<input type="checkbox"/> DR. FERNANDO SCHWARZ	TERMIN VEREINBART AUF: _____

**PATIENTEN-KOORDINATEN**

NAME, VORNAME \_\_\_\_\_

GEB. DATUM \_\_\_\_\_

STRASSE \_\_\_\_\_ PLZ/ORT \_\_\_\_\_

TELEFON PRIVAT \_\_\_\_\_ TELEFON GESCHÄFT \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

KRANKENKASSE (BITTE KRANKENKASSENKARTE ZUR UNTERSUCHUNG MITBRINGEN) \_\_\_\_\_

**GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG**

<input type="checkbox"/> ALLGEMEINE PNEUMOLOGISCHE UNTERSUCHUNG	<input type="checkbox"/> GUTACHTEN
<input type="checkbox"/> BRONCHOSKOPIE	<input type="checkbox"/> SAUERSTOFFTHERAPIE
<input type="checkbox"/> LUNGENFUNKTION	<input type="checkbox"/> MEDIKAMENTÖSE EINSTELLUNG
<input type="checkbox"/> MESSUNG DER ARTERIELLEN BLUTGASE	<input type="checkbox"/> RAUCHERBERATUNG
<input type="checkbox"/> ALLERGOLOGISCHE ABKLÄRUNG	<input type="checkbox"/> KLINISCHE BEURTEILUNG VON RÖNTGENBEFUNDEN (AKTENKONSILIUM)
<input type="checkbox"/> PRÄOPERATIVE ABKLÄRUNG	SONSTIGE _____

**ANMELDUNG FÜR SCHLAFLABOR**

DIE UNTERSUCHUNGEN IM SCHLAFLABOR WERDEN **AMBULANT** DURCHGEFÜHRT.

FRAGE NACH SCHLAF-APNOE-SYNDROM, SCHNARCHEN

SCREENING SCHLAF-APNOE (HYPERTONIE, DIABETES, ADIPOSITAS, KORONARE HERZKRANKHEIT)

KONTROLLUNTERSUCHUNG UNTER ETABLIERTER NCPAP-THERAPIE

NÄCHTLICHE OXYMETRIE UNTER ETABLIERTER NCPAP-THERAPIE

**FRAGESTELLUNG** \_\_\_\_\_

**BESCHWERDEN** \_\_\_\_\_

**BEKANNTE DIAGNOSEN** \_\_\_\_\_

**AKTUELLE MEDIKATION** \_\_\_\_\_

<b>BEILAGEN (PER POST)</b>	<b>DATUM, ZUWEISENDE/R ÄRZTIN/ARZT</b> (UNTERSCHRIFT UND STEMPEL)
<input type="checkbox"/> LABOR	_____
<input type="checkbox"/> RÖNTGENAKTEN/BEFUNDE	
<b>GEWÜNSCHTE KORRESPONDENZFORM</b>	Besten Dank für Ihre Anmeldung. Wir werden Ihnen und dem Patienten den Untersuchungstermin baldmöglichst bestätigen.
<input type="checkbox"/> BRIEFPOST	
<input type="checkbox"/> E-MAIL	
<input type="checkbox"/> FAX	